

1 Pourquoi cent questions sur la dépression ?

L'objet de cet ouvrage est d'aborder, à partir de questions simples, les différents aspects cliniques et thérapeutiques de la dépression, mais aussi l'image qu'elle génère dans l'opinion publique. Pour ce faire, des patients souffrant de dépression, des médecins ou l'entourage de ces sujets ont proposé des thématiques pour lesquelles des explications leur paraissaient nécessaires. Cent questions ont été retenues au sein du verbatim ainsi constitué, mais nous aurions pu certainement en recueillir beaucoup d'autres. Tant de questionnement signifie simplement que l'on est face à un phénomène tout sauf anodin : une maladie potentiellement grave.

Étymologiquement, les termes « maladie » et « malade » proviennent du latin *male habitus* signifiant « qui est en mauvais état ». Dans cette perspective, une maladie est une altération de fonctions ou de la santé d'un être vivant, une « condition anormale du corps ou de l'esprit d'un être humain qui cause de l'inconfort ou du dysfonctionnement ». La dépression majeure, par ses conséquences cliniques, psychologiques et sociales répond à cette définition et notre propos sera donc d'en souligner le caractère pathologique réel tout en le différenciant des variations normales ou adaptatives de l'humeur.

Ainsi, mieux comprendre le trouble peut aider à mieux le traiter et surtout, dans la pratique quotidienne, cela permet de donner des réponses simples aux personnes concernées par la maladie dépressive. Tel est notre objectif principal.

2 La dépression : Darwin en ferait-il un avantage évolutionniste ?

Pour comprendre l'impact de notre environnement moderne sur l'humeur et faire le lien avec le potentiel dépressif de chacun, on peut s'appuyer sur une approche dite « évolutionniste ».

En effet, l'homme a dû, au cours de son évolution naturelle, devenir un individu social pour assurer sa survie. Ceci a apporté des avantages mais aussi des inconvénients : notion de propriété, liens affectifs, éducation des enfants, position sociale, etc. Il lui a donc été nécessaire de développer des comportements optimisés pour interagir en groupe. Dans son existence, l'être humain est confronté à diverses situations : certaines vont être associées à un risque (perte) ou à une opportunité (avantage potentiel). Elles vont alors générer un état émotionnel qui aura une connotation positive ou négative et qui aidera l'individu à s'adapter aux événements et à favoriser les apprentissages pour lui permettre de faire face à un spectre assez large de situations.

L'humeur triste serait, dans cette optique, un « outil » permettant de percevoir des situations potentiellement négatives pour un sujet et d'y réagir de façon adaptée (au même titre que la douleur physique va être un message pour signaler l'existence d'un risque pour le corps). D'autres signes comme le désintérêt ou les ruminations obligent l'individu à se concentrer sur le problème à résoudre et à ne pas « se disperser », en évitant ainsi de gaspiller ses ressources. Par ailleurs, les signes dépressifs peuvent être aussi envisagés comme des messages envoyés aux autres et qui permettent de solliciter une aide par un signal « honnête » (la souffrance est reconnue et prise en compte).

Les variations d'humeur et quelques signes sont, dans cette perspective, des défenses héritées de notre évolution. Cependant, dans des situations dépassant nos capacités d'adaptation (ce qui est souvent le cas dans nos sociétés modernes où les sollicitations, les événements stressants et la compétition sont importants), le système se dérègle et réagit à l'extrême, passant du normal (une adaptation) au pathologique (la dépression).

3 D'illustres dépressifs ?

De tous temps, des personnages de la vie publique ont vécu des épisodes dépressifs. Nombreux sont aussi ceux qui ont été étiquetés « dépressifs », parfois à tort par la société. Loin des « clichés » et des allégations discutables, certains biographes ont rapporté l'existence d'épisodes dépressifs parmi des personnalités célèbres. Trois exemples, volontairement distants de l'actualité, peuvent retenir notre attention : Ernest Hemingway, Molière et Chopin. De nombreux autres pourraient être cités également.

Ernest Hemingway (1899-1961) est un écrivain et journaliste américain. Il est l'auteur en particulier de romans tels que *Pour qui sonne le glas* (1940), *Le Vieil Homme et la Mer* (1952). Dans sa biographie de l'écrivain (*The True Gen : An Intimate Portrait of Ernest Hemingway by Those Who Knew Him*), Denis Brian révèle la probable dépression du lauréat du prix Nobel de littérature (1954). Hemingway finira par se suicider en 1961.

Un autre exemple de personnage illustre ayant probablement souffert de dépression est Molière (1622-1673). Jean-Baptiste Poquelin dit Molière de son nom complet est un écrivain et acteur de théâtre français. Il est l'auteur de nombreuses comédies ou farces connues et encore largement jouées de nos jours : *Tartuffe* (1664), *Le Misanthrope* (1666), *Le Médecin malgré lui* (1666), *L'Avare* (1668), *Le Bourgeois gentilhomme* (1670) ou *Le Malade imaginaire* (1673) pour ne citer qu'elles. En particulier dans *Le Misanthrope* ou *l'Atrabilaire amoureux*, Molière aborde ce sujet qui le concerne de très près, la dépression. En effet, à la lecture des tirades d'Alceste dans la pièce, il est possible de reconnaître des éléments sémiologiques de la dépression proches de la définition retenue de nos jours.

Enfin, Frédéric François Chopin (1810-1849), reconnu comme l'un des plus grands compositeurs de musique de la période romantique et l'un des plus célèbres pianistes du XIX^e siècle, aurait lui aussi présenté des épisodes dépressifs au cours de sa vie (selon une biographie par M.-P. Rambeau intitulée *Chopin l'enchanteur autoritaire*). En particulier Chopin aurait traversé deux périodes dépressives, la première lors de ses premières années de vie parisienne (1831-1835) puis une seconde dans les dernières années de sa vie (1844-1849), suite aux deuils de proches et amis.

4 Quelle différence entre « déprime » et « dépression » ?

En dehors du cadre médical, les termes de « déprime » et de « dépression » sont souvent employés indifféremment et sans distinction. Ainsi, au quotidien est-on « déprimé par la météo », « en dépression depuis que l'annonce d'une mauvaise nouvelle » ou encore « déprimé par les informations télévisées ». Cependant, il est important d'établir une distinction entre, d'une part un sentiment de tristesse passager et « adapté » à une situation, la « déprime », et d'autre part une entité médicale, la « dépression ».

Sur le plan psychiatrique, la « déprime » correspond à un état passager de détresse psychologique ou de tristesse qui peut être ressenti en réaction avec des événements difficiles. Elle ne correspond pas à un état pathologique ni à une maladie. La « dépression », au contraire, est une association de symptômes (dont la tristesse) durables dans le temps (au moins 15 jours), présents presque chaque jour et presque toute la journée. C'est cette notion de stabilité et de durée dans le temps de la symptomatologie qui sont les principaux arguments pour différencier la « déprime » de la « dépression ». Un autre argument fort de distinction est la répercussion dans la vie quotidienne et l'intensité de la souffrance, caractérisée « d'inhabituelle » dans la « dépression ».

La « dépression » touche environ 5 % de la population générale et près de 15 % des gens auront un épisode dépressif au cours de leur vie. La « déprime » est évidemment bien plus difficile à quantifier mais elle touche sans doute la quasi-totalité des personnes adultes, en fonction des événements de vie.

La « déprime » étant un événement passager et sans répercussion durable sur la qualité de vie, sa prise en charge est non médicalisée et fait en général appel essentiellement à l'entourage. La « dépression », au contraire, relève d'une prise en charge spécialisée ou en tout cas d'un avis spécialisé.

5 Et dans les classifications internationales des maladies, où est la dépression ?

En tant qu'entité nosographique, la dépression a été intégrée dans les classifications internationales de maladies mentales. Il existe plusieurs classifications internationales dont les plus couramment utilisées sont la Classification Internationale de Maladies (CIM) et le DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).

Dans la 10^e édition de la CIM (CIM-10), publiée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en 2006 et utilisée à ce jour, la dépression est rattachée au chapitre 5 dit des « troubles mentaux et du comportement ». Plus précisément, elle appartient au sous-groupe des troubles de l'humeur et est décrite sous différentes formes : épisode dépressif (avec les degrés d'intensité léger, moyen ou sévère) [codes F32.0 à F32.9], épisode dépressif dans le cadre d'un trouble bipolaire [F31.3, F31.4 et F31.5], épisode dépressif récurrent [F33.0 à F33.9] et certains épisodes de troubles de l'humeur persistants [F34.x] ou récurrents [F38.1]. La classification CIM-10 est utilisée pour la cotation des actes médicaux en France.

Dans le DSM-IV-TR (4^e édition du DSM, révisée en 2000), publié par l'Association américaine de psychiatrie (APA), la dépression s'inscrit dans les troubles de « l'axe 1 », troubles dits « cliniques ». La dépression y est classée en une entité propre, « les troubles dépressifs », correspondant à : trouble dépressif majeur, épisode isolé, trouble dépressif majeur récurrent, trouble dysthymique ou trouble dépressif non spécifié. On parle dans le DSM-IV-TR « d'épisode dépressif caractérisé ». Les codes correspondent sensiblement à ceux de la CIM-10. Une 5^e version du DSM (DSM-V) est en cours de réalisation, prévue pour 2013 ; des modifications de fond devraient être apportées à certaines parties (en particulier la schizophrénie), incluant une approche plus dimensionnelle mais la nosographie de la dépression devrait rester relativement inchangée.

Entre la CIM-10 et le DSM-IV-TR, il n'existe pas de concordance parfaite entre les définitions d'épisode dépressif. Certains patients considérés dans l'une des classifications comme « dépressifs » peuvent « échapper » dans l'autre classification et inversement. Il importe alors de se fier à la clinique du trouble et probablement d'inclure dans l'algorithme diagnostique des éléments plus dimensionnels.

Une troisième classification, bien moins répandue, mais reprise par certaines équipes (en particulier en raison de sa pertinence dans la psychose) est la classification de l'école de Wernicke-Kleist-Leonhard datant de 1968. La dépression y apparaît dans le groupe des « dépressions pures », sous différentes formes : la dépression « agitée », la dépression « hypochondriaque » et la dépression « tourmentée ». Cette dernière classification permet une richesse dans la description sémiologique mais reste peu utilisée et souffre quelque peu de sa complexité.

6

Existe-t-il des outils d'évaluation de la dépression ?

Il existe des outils spécifiques d'évaluation de la dépression. Cependant ces derniers ne doivent pas se substituer à l'entretien spécialisé et le diagnostic repose principalement sur l'entretien clinique. En revanche les outils d'évaluation peuvent représenter une aide au diagnostic dans certaines situations de dépistage de la dépression (aux urgences par exemple), dans le cadre de la recherche ou d'études épidémiologiques. Dans ces cadres en particulier, ils permettent une standardisation du concept de dépression. Ces outils ont été l'objet d'études de validité, de sensibilité et de spécificité. Ils ont été validés en langue française.

Deux principaux types d'instruments d'évaluation standardisés de la dépression existent :

Les *échelles d'évaluation* sont des outils qui permettent en répondant de façon semi-standardisée à des critères (ou « items ») d'obtenir une cotation et finalement un « score de dépression ». Chaque item exploré apprécie l'existence d'un symptôme ou d'un signe clinique et son intensité. Les échelles d'hétéro-évaluation sont remplies par l'observateur, celles d'auto-évaluation par le patient (et la cotation faite par l'observateur). Les plus employées dans l'évaluation spécifique de la dépression sont la MADRS (Montgomery et Asberg Depression Rating Scale), la HAM-D (échelle de dépression de Hamilton), l'échelle de dépression de Raskin, les échelles de Newcastle, l'échelle de mélancolie de Bech-Rafaelsen, l'échelle H de désespoir (Hopelessness scale) ou le diagramme Hard de Ferreri.

Les *questionnaires* (ou *check-lists*) sont des questions type QCM (questionnaire à choix multiple) soumises aux patients. Le patient doit déterminer la proposition qui lui semble lui correspondre le mieux. Un score est déterminé en fonction de ces réponses. Les plus employés sont l'inventaire abrégé de Beck et le questionnaire QD-2A.

Il existe de nombreuses autres échelles évaluant de façon spécifique certaines dimensions dépressives comme l'échelle de ralentissement dépressif (ERD), l'échelle d'anhédonie ou l'échelle de plaisir-déplaisir de Fawcett par exemple. D'autres enfin évaluent de façon globale les répercussions de la dépression dans la vie du patient comme l'échelle globale de fonctionnement (EGF) ou les échelles de qualité de vie (la SF-36 par exemple).

7 La dépression est-elle fréquente ?

La dépression fait l'objet d'un suivi épidémiologique au même titre que les autres maladies : des informations sur son évolution et ses éventuelles complications sont recueillies.

Pour établir des chiffres représentatifs de la fréquence de la dépression dans une population, on calcule son *incidence* qui correspond au nombre de nouveaux cas observés pendant une période donnée (ce qui permet de savoir si son taux augmente en hiver par exemple). On la distingue de la prévalence qui répertorie tous les cas (nouveaux ou non) à un moment donné ou sur une période prolongée (par exemple sur un mois, un an, voire la vie entière).

Les études récentes menées en France estiment une prévalence de la dépression qui varie entre 6 et 12 % sur un an (sujets présentant les symptômes d'un épisode dépressif caractérisé qui ont été observés pendant l'année précédant l'évaluation). Sur toute la vie (prévalence dite vie entière), ce chiffre passe à 20 %, c'est-à-dire qu'une personne sur cinq présentera une dépression caractérisée au cours de sa vie.

Les complications comme la récurrence (nouvel épisode dépressif majeur à distance du précédent) et la chronicité (dépression persistant au moins deux ans) sont retrouvées respectivement chez 50 % et 20 % des patients ayant fait un épisode dépressif.

La dépression est donc une maladie fréquente, comme ses complications, expliquant son impact élevé au niveau individuel et en termes de santé publique (coût pour la société).